

**INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA**  
**HOSPITAL MADRE TERESA**



**PROJETO: PMQ – PRÊMIO MINEIRO DA QUALIDADE**

**Número de Inscrição: FBAH027**

Belo Horizonte, 05 de abril de 2016

**COORDENADORA DO PROJETO:**

Waldirene Lopes Batista  
(Coordenadora da Gestão da Qualidade)

**PARTICIPANTES:**

Todas as lideranças do nível estratégico e tático do Hospital

## **Informações Pessoais**

### **Waldirene Lopes Batista**

Rua São Tiago, 46 – Santa Efigênia – Belo Horizonte/MG

Telefone Celular: (31) 998311913

*E-mail:* waldirenelb@yahoo.com.br

### **Dados Pessoais**

Data de Nascimento: 21 de junho de 1972

Naturalidade: Belo Horizonte- MG

Estado Civil: Solteira

Filiação: Julinho Alves Batista e Melania Lopes Batista

### **Formação Acadêmica**

- MBA em Auditoria e Gestão da Saúde – FGV
- Especialização em Gestão e Tecnologia da Qualidade (CEFET MINAS)
- Especialização em Gestão Ambiental - SENAI
- Formação Acadêmica Letras – UNIBH

## Informações Profissionais

### Histórico Profissional

- ***Hospital Madre Teresa***

Período: Desde janeiro de 1990

Cargo Atual: Coordenadora da Gestão da Qualidade

- ***WLB Qualidade e Desenvolvimento Ltda.***

Sócia-Diretora desde julho 2011

## A Instituição

- Entidade: **IPMMI-HOSPITAL MADRE TERESA**
- Localização: Av. Raja Gabaglia, nº 1002 – Bairro Gutierrez  
Belo Horizonte - MG - CEP 30 441 070 - Tel. (31) 3339.8000
- *Home page:* [www.hospitalmadreteresa.org.br](http://www.hospitalmadreteresa.org.br)
- CNPJ: 60.194.990/0008-44
- Missão: Cuidar da Saúde Integral dos Clientes com Excelência e Sustentabilidade
- Mantenedora: **IPMMI - INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA**
- Endereço da Mantenedora: Rua Major Antonio Domingues, 244 – São José dos Campos - SP – CEP 12.245-750 – Tel. (12) 3921.3155
- *Home page:* [www.pequenasmissionarias.org.br](http://www.pequenasmissionarias.org.br)
- Utilidade Pública Federal: Decreto 952 de 04 de maio de 1962

A história do Hospital Madre Teresa teve início na década de trinta, quando em Belo Horizonte - considerada uma cidade ideal para o tratamento da tuberculose - foi fundado o Sanatório Morro das Pedras para o atendimento e abrigo de tuberculosos carentes de toda a região. O então Arcebispo de Belo Horizonte, Dom Antônio dos Santos Cabral, preocupado com as condições de tratamento do referido sanatório, e após ouvir falar de uma Congregação Religiosa que tratava e se dedicava exclusivamente ao cuidado dos tuberculosos, entrou em contato com essa mesma Congregação, solicitando que algumas Irmãs viessem conhecer o local.

Assim, atendendo ao pedido do Arcebispo, em meados de 1948, um grupo de Irmãs Pequenas Missionárias chegou ao Sanatório Morro das Pedras e, após visita às instalações, Madre Maria Teresa de Jesus Eucarístico, fundadora da referida Congregação, igualmente preocupada com as condições de higiene e tratamento dos internos ali presentes, decidiu assumir a direção e cuidados do então Sanatório Morro das Pedras, que logo em seguida passaria a se chamar Sanatório Marques Lisboa em homenagem ao fisiologista Dr. Henrique Marques Lisboa que tão generosamente havia se dedicado e se doado para o sucesso da obra.

A partir daí, o Sanatório Marques Lisboa passou por diversos e inúmeros processos de melhorias, até que na década de 80, com o avanço tecnológico, extinguiu-se a fase

sanatorial no Brasil e os doentes passaram a ser tratados ambulatorialmente, não necessitando mais dos prolongados períodos de internação. Assim, o Sanatório Marques Lisboa foi desativado e substituído pelo “Hospital Madre Teresa”, que assim foi chamado em homenagem à fundadora da Congregação das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada.

Em 1º de julho de 1983, o recém-inaugurado Hospital, atendeu o seu primeiro paciente e, deste então, inúmeras são as mudanças pelas quais vem passando. O trabalho árduo e o compromisso primeiro com o paciente impulsionaram o processo transformador e, em reconhecimento a todos os esforços e processos de melhoria, o Hospital Madre Teresa, vem conquistando, ao longo do tempo, o reconhecimento nacional e internacional pela qualidade dos serviços oferecidos.

Tornando-se referência em alta complexidade, o Hospital conta, atualmente, com 320 médicos, 139 especializandos e 1.585 colaboradores, tendo realizado em 2015, 1.462 internações média/mês e 974 cirurgias média/mês. Munido de equipamentos de última geração, o Centro de Diagnóstico por Imagem oferece aos seus usuários diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, através de exames de Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Radiologia Convencional, Ultrassonografia, Vídeoesndoscopia, Métodos Gráficos, Eletrofisiologia, Hemodinâmica, Cardiologia Intervencionista, Cintilografia (Medicina Nuclear) e Eletroencefalografia. Em 2015 foram atendidas em média por mês 4.130 pessoas no Atendimento 24 Horas e 10.653 atendimentos no Ambulatório.

Localizado na região oeste da cidade de Belo Horizonte, o Hospital Madre Teresa está cercado por contrastes, tendo ao seu redor diversas classes sociais, destacando-se principalmente o Aglomerado Morro das Pedras, onde se estima que habitem cerca de vinte mil pessoas em situação de vulnerabilidade social.

A capital mineira, cuja área territorial total é de 331,401 km<sup>2</sup>, possui uma população estimada de 2.479.175 habitantes (IBGE, 2010). Em Belo Horizonte são 36 hospitais, sendo um municipal, dois federais, sete estaduais, e os restantes filantrópicos e privados. Há cerca de 5.500 leitos na capital (3,2 leitos por mil habitantes) e a rede conta com 141 postos de saúde, 150 deambulatórios e 507 equipes do Programa Saúde da Família. (Wikipédia 2008).

## SUMÁRIO

Introdução.....	8
Objetivo Geral e Específico.....	9
Metodologia.....	9
1. Aspecto 1 – Liderança.....	9
2. Aspecto 2 – Planejamento Estratégico.....	11
3. Aspecto 3 – Foco no Cliente.....	13
4. Aspecto 4 – Gestão dos Processos .....	14
5. Aspecto 5 – Gestão de Pessoas .....	16
6. Aspecto 6 – Relação com Fornecedores .....	17
7. Aspecto 7 – Responsabilidade Social.....	18
8. Aspecto 8 – Resultado .....	19
9. Aspecto 9 – Conquista de Certificações, Acreditações e Prêmios .....	20
Conclusões.....	20
10. Anexos.....	21

## I- Introdução

O projeto: PMQ – Prêmio Mineiro da Qualidade consistiu em alinhar o modelo de gestão do Hospital Madre Teresa aos critérios de avaliação do Prêmio, o qual tem como foco estratégico disseminar, implantar e premiar, no estado de Minas Gerais, o *Modelo de Excelência da Gestão (anexo 1)* preconizado pela FNQ - Fundação Nacional da Qualidade, para aumentar a competitividade das organizações do setor público e privado e a qualidade de vida do povo mineiro. O prêmio consiste na avaliação da gestão ou sistema de gestão da candidata em relação ao referencial avaliatório escolhida pela candidata, neste caso o Hospital Madre Teresa se candidatou para alinhar o seu modelo de gestão na categoria *Rumo a Excelência – 500 pontos – Ciclo 2014*.

A candidata ao prêmio pode ser reconhecida em três faixas, conforme pontuação obtida:

### ***Pontuação das Candidatas e Faixa de Reconhecimento***

<b>FAIXA</b>	<b>PONTUAÇÃO Rumo a Excelência</b>
Bronze	100 a 250 pontos
Prata	251 a 400 pontos
Ouro	Acima de 401 pontos

A avaliação é feita por uma equipe de até cinco examinadores preparados pelo IQM (Instituto Qualidade Minas) para realização dessa atividade. Cada candidata é avaliada individualmente quanto à aderência da sua gestão ao referencial avaliatório. Não se fazem comparação entre candidatas. Cada examinador, ou cada equipe de avaliação, avalia uma única candidata em cada ciclo anual de premiação. Para participar do PMQ, cada candidata deve ser aprovada quanto aos critérios de elegibilidade e preparar seu caderno de avaliação. O caderno de avaliação contém o perfil da candidata, as respostas às questões contidas nos oito critérios de avaliação do referencial avaliatório, e os resultados da organização. O caderno de avaliação é o documento utilizado pelos examinadores durante todo o processo de avaliação.

A participação do Hospital Madre Teresa no Prêmio consistiu na determinação da elegibilidade da Instituição, entrega do caderno de avaliação e formulário de candidatura, análise do caderno de avaliação pelas equipes examinadoras, visita das equipes examinadoras às instalações do Hospital, deliberação da banca de juízes quanto à premiação e cerimônia de entrega dos prêmios.



## **II- Objetivo Geral e Específico**

O objetivo geral desse projeto foi avaliar o quanto o modelo de gestão do Hospital Madre Teresa está alinhado aos requisitos dos critérios preconizados pelo *Modelo de Excelência da Gestão – Categoria Rumo a Excelência 500 pontos*.

O objetivo específico foi identificar pontos fortes e oportunidades para melhorias do sistema de gestão do Hospital com base nos fundamentos e critérios preconizados pelo *Modelo de Excelência da Gestão*, de acordo com o parecer da equipe qualificada de avaliadores do PMQ – Prêmio Mineiro da Qualidade.

## **III- Metodologia**

A metodologia utilizada consistiu na elaboração do caderno de avaliação, que orienta a identificação das práticas de gestão, sua descrição, responsável, início e frequência, método de controle, melhorias implementadas nos últimos 3 (três) anos e resultados alcançados, para cada item/requisito dos 8 (oito) critérios do *Modelo de Excelência da Gestão*. Com base na construção desse caderno, e no parecer da equipe avaliadora, foi possível identificar pontos fortes, lacunas e melhorias a serem desenvolvidas para o aprimoramento do sistema de gestão do Hospital Madre Teresa.

Na descrição desse projeto, para submeter ao 12º prêmio FBAH de Administração Hospitalar 2016, optou-se em descrever as conclusões e comentários formalizados pela Equipe de Avaliadores do PMQ – Prêmio Mineiro da Qualidade, ressaltando os pontos fortes e oportunidades para melhorias identificados e implementadas. Foi selecionado e priorizado os critérios tratados no *Modelo de Excelência da Gestão* de acordo com os aspectos solicitados nesse regulamento.

### **Aspecto 1 – Liderança**

A Coordenação da Gestão da Qualidade, responsável pelo desenvolvimento e implantação do projeto. Trabalhou alinhada à estratégia do Hospital, diretamente com todos os gestores: Gerentes, Diretores e Líderes dos processos da Instituição. Definiu papéis e responsabilidades no desenvolvimento das atividades. Estabeleceu canal de comunicação diretamente com as lideranças da Instituição, e por meio de reuniões orientou a análise comparativa das práticas executadas com os critérios preconizados pelo Modelo de Excelência da Gestão.

Manteve-se prestativa no esclarecimento de dúvidas e questionamentos e ágil na resolução de conflitos, como por exemplo, propor reuniões junto à Direção para tomada de decisão em relação à implementação de alguma prática identificada como necessária.

Desde o início, de maneira pró ativa, à medida que foi identificando as lacunas do modelo de gestão foram definidas várias ações para atendimento aos requisitos do Prêmio. As dificuldades encontradas e a necessidade de recursos foram encaminhadas e discutidas em reuniões com a Diretoria Geral do Hospital.

Avaliação do PMQ:

## **CRITÉRIO 1 – LIDERANÇA 1.1 Governança Corporativa**

### **Pontos Fortes**

**Questão a) Como são atualizados os Valores e os Princípios organizacionais necessários à promoção da excelência e à criação de valor para todas as partes interessadas?**

*“A atualização dos Valores e dos Princípios organizacionais é realizada juntamente com a revisão do Planejamento Estratégico, a cada dois anos, desde 2006. Constata-se refinamento da prática a partir de 2011, quando a revisão do Planejamento Estratégico deixou de ser realizada apenas pelo nível estratégico e foi desdobrado até o corpo clínico, níveis tático e operacional. E a utilização do BSC (Balanced Score Card) representa melhoria importante do processo de revisão do Planejamento Estratégico, por ser metodologia de referência no mercado.”*

**Questão d) Como as principais decisões são tomadas, comunicadas e implementadas?**

*“A Candidata demonstra controle efetivo de tomada de decisões, contando com a realização de reuniões sistemáticas e o acompanhamento de implementação por meio de software específico - melhoria de 2012. A comunicação é abrangente e feita por meio de canais adequados às partes interessadas, como jornais de circulação interna e externa.”*

### **Oportunidades para Melhoria**

**Questão b) Como a organização trata as questões éticas nos relacionamentos internos e externos?**

*“Não foi evidenciado o tratamento de questões éticas nos relacionamentos externos. Não foi demonstrada ação efetiva para a prevenção de desvios de conduta. O código vigente não contempla os integrantes da administração e do corpo clínico.”*

“Não foram evidenciados canais de comunicação para receber denúncias de colaboradores, sociedade e demais partes interessadas.”

**Melhoria Implementada:** A partir dessa identificação, em 2015 foi elaborado o Código de Ética Institucional, o qual foi disseminado a todos os colaboradores, por meio de cartilhas (anexo 2) e reuniões com a Liderança, Colaboradores e Corpo Clínico. Foi elaborado “prova” para os colaboradores com o objetivo de avaliar o nível de entendimento relativo às questões éticas do cotidiano (anexo 3). Foi elaborado um quadro de ética (anexo 4), que é um instrumento para orientar o tratamento dos dilemas e questões éticas e definido o canal de comunicação para denúncias. Instituído o Comitê de Ética Corporativa e definido o método de análise das notificações por meio da ferramenta IDEA (anexo 5).

## **Aspecto 2 – Planejamento Estratégico**

O ciclo 2011-2014 do Planejamento Estratégico do Hospital, sob o direcionamento do Professor Fabrizio (Fator RH), foi elaborado pelo Grupo Gestor do Planejamento Estratégico composto por Diretores, Gerentes e Especialistas, contou também com a participação do Corpo Clínico e Colaboradores do nível tático e operacional. Com base na identidade organizacional (negócio, missão, visão e valores), foram realizadas as análises de ambiente (interno e externo) e estabelecido os objetivos estratégicos da organização, desdobrados em iniciativas e planos de ação, com base na metodologia do BSC (Balanced Score Card). Este projeto de aprimorar o Sistema de Gestão do Hospital Madre Teresa ao *Modelo de Excelência da Gestão* foi alinhado à Estratégia da Organização, conforme:

**Objetivo estratégico** – Promover a Excelência

**Iniciativa Estratégica** – Estabelecer um padrão de excelência no atendimento do Hospital.

**Justificativa** – Cumprir com a missão, executar os valores e alcançar a visão da Instituição.

**Meta** – Aumentar a satisfação dos clientes.

Avaliação do PMQ:

### **CRITÉRIO 2 –ESTRATÉGIAS E PLANOS - 2.2 - Implementação das Estratégias**

#### **Pontos Fortes**

**Questão c) Como são comunicadas as estratégias, as metas e os Planos de Ação para as pessoas da força de trabalho e para as demais partes interessadas, quando pertinente?**

*“A comunicação das estratégias, das metas e dos Planos de Ação é realizada adequadamente e atinge todos os níveis de colaboradores da empresa e partes interessadas, quando pertinente. Verifica-se refinamento da prática ao realizar a disseminação das informações aos membros do corpo clínico.”*

**Questão d) Como é realizado o monitoramento da implementação dos Planos de Ação?**

*“O monitoramento dos Planos de Ação é efetuado de forma estruturada, por meio de práticas proativas, contínuas e inter-relacionadas, que resultam no cumprimento dos prazos. O Software de Gestão Interact, adquirido em 2011, e o estabelecimento da reunião das gerências com as Coordenações configuram refinamento da prática.”*

**Oportunidade para Melhoria**

**Questão a) Como são definidos os indicadores para a avaliação da implementação das estratégias, estabelecidas as metas de curto e longo prazo; e definidos os respectivos Planos de Ação?**

*“Não foi evidenciada a utilização de Referenciais Comparativos e Requisitos de Partes Interessadas para a definição de metas.”*

**Melhoria Implementada:** Com base nessa lacuna identificada, o Hospital Madre Teresa em agosto de 2014 se filiou a ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados) para troca de informações, participação de grupos de melhoria e benchmarking.

**Questão c) Como são comunicadas as estratégias, as metas e os Planos de Ação para as pessoas da força de trabalho e para as demais partes interessadas, quando pertinente?**

*“Não foi evidenciada a comunicação das estratégias, das metas e dos Planos de Ação a todas as pessoas da força de trabalho.”*

**Melhoria Implementada:** Para atender a essa oportunidade de melhoria identificada, na revisão do Planejamento Estratégico em 2015, houve atenção especial na disseminação das estratégias. Assim, foram estabelecidas ações específicas para uma disseminação mais efetiva a todas as partes interessadas da organização. Foi divulgado por meio de reuniões com as Lideranças, com o Corpo Clínico, com os Colaboradores e Parceiros. Foi elaborada uma minuta do Planejamento Estratégico (anexo 6) para disseminação a todas as partes interessadas. Após a implementação das ações adotadas, foi realizado um

diagnóstico, por meio de questionário para identificar o quando a força de trabalho tem o conhecimento da missão, valores e metas da instituição. 1º diagnóstico em agosto/2015 de 1.334 participantes apenas 47% responderam que conhecem totalmente a missão, visão e valores da Instituição. 2º diagnóstico em fevereiro/2016 de 1.020 participantes 59% responderam que conhecem totalmente. Com base nos resultados obtidos por processos, ações foram estabelecidas pelos gestores responsáveis.

### **Aspecto 3 – Foco no Cliente**

O Hospital dispõe de Ouvidoria SOU (Serviço de Ouvidoria ao Usuário), que é uma fonte de oportunidades de melhorias e a garantia da eficiência do diálogo entre a Instituição e os seus clientes. O objetivo é prestar um atendimento diferenciado e eficaz, com foco na satisfação do cliente por meio da confiança, credibilidade e transparência nas relações. O SOU atua no recebimento, análise e respostas às manifestações, como reclamações, denúncias, elogios, informações, solicitações e sugestões quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo Hospital, através de seus canais de interatividade: telefone, email, site – link “Fale Conosco” e pessoalmente. Trabalha em parceria com os diversos setores e acompanha a tramitação das ocorrências, garantindo o retorno dentro do prazo estabelecido de 72 horas úteis. O SOU é responsável, também, pela realização das Pesquisas de Satisfação dos Clientes, e, juntamente com os Gestores responsáveis, procede a análise crítica dos resultados e propõe ações de melhoria.

Avaliação do PMQ:

#### **CRITÉRIO 3 - Clientes - 3.1 Imagem e Conhecimento de Mercado**

##### **Pontos Fortes**

##### **Questão a) Como o mercado é segmentado?**

*“A metodologia Score dispõe de requisitos definidos para avaliar o alinhamento das Operadoras de Planos de Saúde aos interesses da empresa, demonstrando foco contínuo nestes clientes-alvo, parte da segmentação do mercado que considera, também, clientes usuários particulares e do SUS.”*

##### **Questão c) Como os produtos e marcas da organização são divulgados aos clientes e ao mercado de forma a criar credibilidade, confiança e imagem positiva?**

*“A divulgação dos produtos e das marcas da Candidata é realizada de maneira adequada, contínua e abrangente, por meio de diversos canais de comunicação adequados ao perfil*

*dos públicos de interesse. A estruturação do Departamento de Comunicação e Marketing, em 2011, contando com profissionais qualificados, demonstra o cuidado com a qualidade das informações veiculadas.”*

### **Oportunidade para Melhoria**

**Questão b) Como as necessidades e expectativas dos clientes-alvo são identificadas, analisadas e utilizadas para definição e melhoria dos processos da organização?**

*“Os eventos utilizados para identificar as necessidades e expectativas dos clientes alvo não apresentam frequência definida. Não foi evidenciado como as informações são registradas. A ausência de controle efetivo não demonstra metodologia de análise e utilização das informações para a melhoria dos processos da empresa.”*

**Melhoria Implementada:** Com base nessa identificação foi estabelecido pelo Departamento Comercial pesquisa semestral de satisfação das Operadoras de Serviços de Saúde com o Hospital, com o objetivo de **conhecer a opinião das operadoras e seus beneficiários para estreitar o relacionamento, desenvolver um planejamento eficiente e buscar melhorias.** Realizado a primeira pesquisa em agosto/15, com resultado de 79,97% de satisfação e a 2ª em janeiro/16 com resultado de 82,29 de satisfação com o Hospital.

Na revisão do Planejamento estratégico em 2015, foi estruturada a pesquisa de satisfação dos clientes, cuja frequência é trimestral, amostra aleatória com margem de confiança de 95%, a qual passou a ser considerado apenas o resultado da percepção do cliente relativo ao grau de excelência dos serviços prestados (anexo 7).

### **Aspecto 4 – Gestão dos Processos**

Avaliação PMQ:

*“Os processos apresentam-se adequadamente projetados e padronizados, com padrões de trabalho consistentes e revisados. A inclusão de novos produtos e o redesenho dos processos de apoio demonstraram agilidade suficiente para o atendimento às novas demandas. Ressalta-se a introdução da Oncologia. O controle rígido do orçamento e a distribuição equilibrada de recursos evidenciam o foco constante na saúde financeira da empresa, destacando-se sua capacidade de suportar as despesas das outras unidades do Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada.”*

### **CRITÉRIO 7 – PROCESSOS 7.1 Processos Principais do Negócio e de Apoio**

#### **Pontos Fortes**

**Questão a) Como são determinados os requisitos aplicáveis aos produtos e aos processos principais do negócio e aos processos de apoio, considerando-se as necessidades e as expectativas dos clientes e de outras partes interessadas?**

*“A determinação dos requisitos dos processos se dá de forma adequada e contínua, considerando as necessidades e expectativas dos clientes e demais partes interessadas, além dos requisitos legais aplicáveis a partir de acordo formal denominado “Interação de Processos.”*

**Questão b) Como são projetados os processos principais do negócio e os processos de apoio, visando ao atendimento ou a superação de requisitos estabelecidos?**

*“O desenho dos processos é feito de maneira adequada ao perfil e ao porte da Candidata, envolvendo todas as partes interessadas, encontrando-se alinhado com as estratégias para o atendimento dos requisitos estabelecidos. Novos produtos são tratados como novos projetos, os quais são devidamente acompanhados até sua implantação. Houve refinamento da prática com a revisão do formulário de mapeamento de processo, que atualmente contempla o produto e o resultado esperado.”*

**Questão c) Como é assegurado o atendimento dos requisitos aplicáveis aos produtos, processos principais do negócio e os processos de apoio?**

*“O atendimento dos requisitos aplicáveis aos produtos, processos principais e de apoio do negócio é garantido adequadamente, por meio de: controle de indicadores de desempenho, manifestação e satisfação dos clientes, não conformidades, inspeções e auditorias internas e externas da qualidade.”*

**Questão d) Como a organização analisa e melhora os produtos e os processos principais do negócio e os processos de apoio?**

*“A análise e a melhoria dos processos principais e de apoio da Candidata se dão a partir de: análise crítica dos indicadores, participação em feiras e congressos e visitas de Benchmarking. A cooperação das áreas é evidenciada pelos participantes, contando com a presença da Direção. Foram observadas melhorias com a implantação do Protocolo de Manchester, do gerenciamento de leitos e do modelo de gerenciamento de riscos, dentre outros.”*

Obs.: Não apresentado oportunidade de melhoria para esse item.7.1.

## **Aspecto 5 – Gestão de Pessoas**

Para o desenvolvimento desse projeto, a Coordenadora da Qualidade, Gerente de Enfermagem e Gerente do SADT (Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia) participaram do curso de 16h/aula oferecido pelo IQM – Instituto Qualidade Minas, para capacitação na metodologia do PMQ e no *Modelo de Excelência da Gestão*. A Coordenadora da Qualidade foi a responsável pela disseminação do modelo às demais Lideranças da Instituição, as quais foram envolvidas na elaboração do caderno de avaliação e na implementação das ações de melhorias, conforme as áreas afins. Todo o desenvolvimento do trabalho teve o acompanhamento da Diretoria Geral do Hospital.

Avaliação PMQ:

### **Pessoas 6.1 Sistemas de Trabalho**

#### **Pontos Fortes**

**Questão a) Como a organização do trabalho é elaborada e implementada visando ao alto desempenho?**

*“A elaboração e a implementação da organização do trabalho se dão de forma adequada, por meio do estabelecimento do organograma e da descrição de funções. A melhoria dos processos e a busca de inovações acontecem com a formação de Times de Trabalho e dos Grupos de Melhoria, mediante a implantação de novos projetos.”*

**Questão b) Como as pessoas são selecionadas, interna e externamente, e contratadas?**

*“A seleção e a contratação das pessoas são realizadas por meio de um processo seletivo que prioriza a seleção interna, para estimular a realocação e o crescimento profissional dos colaboradores. Quando necessário, é aberto um processo seletivo externo, que é divulgado por meio de sites de emprego e empresas parceiras. Os recém-contratados participam do Treinamento Básico Introdutório (TBI) e são avaliados durante o período de experiência.”*

**Questão c) Como o desempenho das pessoas e das equipes é avaliado de forma a estimular o desenvolvimento profissional das mesmas?**

*“A avaliação do desempenho das pessoas e das equipes é feita anualmente, desde 2010, contemplando diversos atributos, tais como: responsabilidade, produtividade, conhecimento técnico e relacionamento interpessoal, destacando os pontos fortes e as oportunidades de melhoria que geram Planos de Ação de desenvolvimento, os quais são devidamente acompanhados.”*



## **Oportunidades para Melhoria**

**Questão b) Como as pessoas são selecionadas, interna e externamente, e contratadas?**

*“Não foi destacada a política de inclusão de minorias nem como se asseguram a não discriminação e a igualdade de oportunidades para todas as pessoas.”*

**Melhoria Implementada** Em 2015 foi realizada a revisão da Política de Gestão de Pessoas, na qual foi reestruturada a Política de Recrutamento e Seleção, com a formalização do recrutamento interno garantindo o direito de oportunidades igual para todos.

**Questão c) Como o desempenho das pessoas e das equipes é avaliado de forma a estimular o desenvolvimento profissional das mesmas?**

*“O Programa de Gestão Perfil por Competência, iniciado em 2012, não abrange os níveis operacionais da empresa.”*

**Melhoria Implementada** – Elaborado projeto de expansão do Programa Gestão Perfil por Competência, que inicialmente ficou restrito aos cargos de Lideranças. A estruturação da Gestão Perfil por Competência para a totalidade dos cargos operacionais finalizou em 2015. O planejamento para realização do primeiro ciclo de avaliação de todos os colaboradores foi planejado para todo o ano de 2016.

## **Aspecto 6 – Relação com Fornecedores**

Avaliação PMQ:

### **PROCESSOS - 7.2 Processos Relativos a Fornecedores**

#### **Pontos Fortes**

**Questão a) Como os fornecedores são qualificados e selecionados?**

*“A seleção e a qualificação de fornecedores são realizadas de maneira adequada e contínua, por meio da plataforma Bionexo, que garante as documentações atualizadas e exibe a reputação do fornecedor. Além disso, são realizadas visitas técnicas aos fornecedores de insumos críticos. Nota-se o refinamento da prática com a aquisição da plataforma Bionexo.”*

**Questão b) Como os fornecedores são avaliados e prontamente informados sobre seu desempenho?**

*“A avaliação do desempenho dos fornecedores é garantida por meio da plataforma Bionexo, da inspeção no recebimento de produtos e da realização de visitas técnicas aos*

*fornecedores críticos, as quais geram relatórios, permitindo o acordo de prazo para atendimento das não conformidades encontradas.”*

**Questão c) Como os fornecedores que atuam diretamente nos processos da organização são envolvidos e comprometidos com os Valores e os Princípios organizacionais, incluindo os relativos à responsabilidade socioambiental e à saúde e segurança.**

*“Os fornecedores que atuam diretamente nos processos da empresa têm contato com seus Valores e Princípios, a partir da divulgação pela intranet e jornais de circulação interna e externa. Quanto ao aspecto da saúde e segurança ocupacional, o SESMT realiza o monitoramento do PPRA e do PCMSO, bem como dos cartões de vacina dos colaboradores.”*

### **Oportunidades para Melhoria**

**Questão a) Como os fornecedores são qualificados e selecionados?**

*“A Candidata não apresenta prática para seleção e qualificação de fornecedores de serviço.”*

**Questão b) Como os fornecedores são avaliados e prontamente informados sobre seu desempenho?**

*“Não foram apresentados indicadores de monitoramento do desempenho dos fornecedores.”*

**Melhoria Implementada:** Com base nessa oportunidade de melhoria identificada foi realizada a revisão da Política Institucional de Avaliação e Qualificação de Fornecedores e estabelecido: 1) Avaliação da Documentação, 2) Visita Técnica de Fornecedores, 3) Inspeção de Recebimento de Produtos, 3.1 Classificação dos Produtos Críticos Semi-Críticos e Não Críticos, 3.2 Critérios de Peso e pontuação, 4) Critérios de Avaliação através da Pontuação dos Fornecedores. Resultados (anexo 8).

### **Aspecto 7 – Responsabilidade Social**

Avaliação PMQ:

#### **4.1 Responsabilidade Sócio-ambiental**

##### **Pontos Fortes**

**Questão a) Como são identificados os aspectos e tratados os impactos sociais e ambientais negativos de seus produtos, processos e instalações?**

*“A identificação e o tratamento dos aspectos sociais e ambientais são realizados por intermédio do Plano de Gestão de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS). Os resíduos são identificados, classificados e segregados em lixeiras distintas, sendo encaminhados a um abrigo intermediário e coletados diariamente para abrigos finais, onde são recolhidos todos os dias pela SLU. Os resíduos de cultura de laboratório são autoclavados. Só então, juntamente com os resíduos radioativos, são encaminhados, uma vez por semana, a uma empresa incineradora. Destaque para o refinamento da prática com as revisões do Plano de Gestão de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS), em 2012 e 2014.”*

**Questão b) Como os impactos sociais e ambientais dos produtos, processos e instalações e outras informações relativas à responsabilidade socioambiental consideradas relevantes são comunicadas à sociedade, incluindo as comunidades potencialmente impactadas?**

*“Desde 2007 a Candidata comunica aos órgãos competentes da prefeitura, de forma proativa, sua responsabilidade socioambiental com os resíduos. Aos colaboradores, estas informações, de forma proativa, são repassadas de forma integrada com outras práticas de gestão, como treinamento introdutório e palestras.”*

#### **Oportunidade para Melhoria**

**Questão a) Como são identificados os aspectos e tratados os impactos sociais e ambientais negativos de seus produtos, processos e instalações?**

*“Não foi evidenciada prática estruturada e contínua para a identificação de aspectos ambientais e o tratamento de possíveis impactos ambientais além do previsto no PGRSS. Não foi demonstrada avaliação de todos os processos da Candidata, considerando-se o que ela possui diversas atividades que têm interação com o meio ambiente e a sociedade.”*

**Melhoria Implementada:** Em junho/2014 Foi estruturado Comissão de Gestão Ambiental e contratado consultoria, Clam Engenharia Meio Ambiente, para implementação do SGA - Sistema de Gestão Ambiental do Hospital. Estabelecido a Política Ambiental (anexo 9) Estabelecido objetivos e metas ambientais, realizado a matriz dos aspectos e impactos ambientais e estruturado cronograma de implantação, que compreende os anos de 2015 e 2016.

#### **Aspecto 8 – Resultado**

*“A Candidata apresenta resultados sustentáveis que evidenciam, em um contexto geral, a tendência favorável do desempenho organizacional e o sucesso das práticas de gestão*

*implementadas nos processos gerenciais. Vale ressaltar que a oscilação de diversos resultados nos últimos três ciclos, assim como a ausência de vários referenciais comparativos, é oportunidade de melhoria identificada.”*

Os resultados de pontuação obtidos pela avaliação do Prêmio estão dispostos no anexo 9, os quais enquadraram o Hospital Madre Teresa na Faixa Ouro do Prêmio.

### **Aspecto 9 – Conquistas de Certificações, Acreditações e Prêmios**

*O Hospital Madre Teresa iniciou sua trajetória rumo a excelência no ano de 2005 com a estruturação do seu Modelo de Gestão sob o prisma da Gestão da Qualidade, e em 2007 recebeu o Certificado de Acreditado Pleno – Nível 2 – expedido pela ONA – Organização Nacional de Acreditação, que atesta formalmente a qualidade dos serviços de saúde. Em 2011 alcançou o Nível 3 da Acreditação Nacional, Certificado com Excelência. No ano de 2012 o Hospital Madre Teresa obteve o reconhecimento internacional da Acreditação Hospitalar pelo Modelo Internacional Canadense de Acreditação, que avalia as Instituições com base em critérios de excelência internacionalmente reconhecidos e validados. Em 2014 foi reconhecido na faixa Ouro do PMQ – Prêmio Mineiro da Qualidade (anexo 11) As creditações e premiação obtida são suportes indispensáveis aos princípios estratégicos do Hospital, como a ética profissional, assistência segura, valorização das pessoas, colaboração e trabalho em equipe, entre outros. A busca pela excelência do Hospital Madre Teresa reforça de maneira permanente o seu compromisso firmado perante a sociedade, sintetizado na missão do Hospital: “Cuidar da Saúde integral dos cliente com excelência e sustentabilidade.”*

**Conclusões:** A candidatura do Hospital Madre Teresa ao PMQ – Prêmio Mineiro da Qualidade –Ciclo 2014, orientou a elaboração do caderno de avaliação, que consistiu em avaliar a adequação das práticas de gestão executadas aos critérios estabelecidos no *Modelo de Excelência da Gestão*, e, forneceu os pareceres da equipe avaliadora quanto aos pontos fortes e oportunidades para melhorias identificados. O projeto propiciou um diagnóstico organizacional, no qual ações foram estabelecidas para atender as melhorias identificadas. Esse projeto não só atingiu o seu objetivo, como a Instituição foi ainda surpreendida com o resultado que culminou com a premiação na faixa Ouro do Prêmio Mineiro da Qualidade, propiciando assim uma melhor visibilidade da imagem da Instituição perante a sociedade.

## Anexos

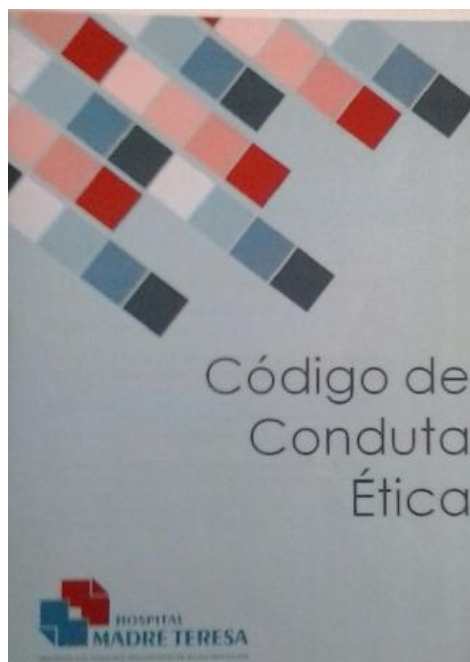
### Introdução

#### Anexo 1 – Modelo de Excelência da Gestão



#### Aspecto 1 – Liderança

#### Anexo 2 – Cartilha Código de Ética Institucional



### Anexo 3 - Resultado da Prova de Ética

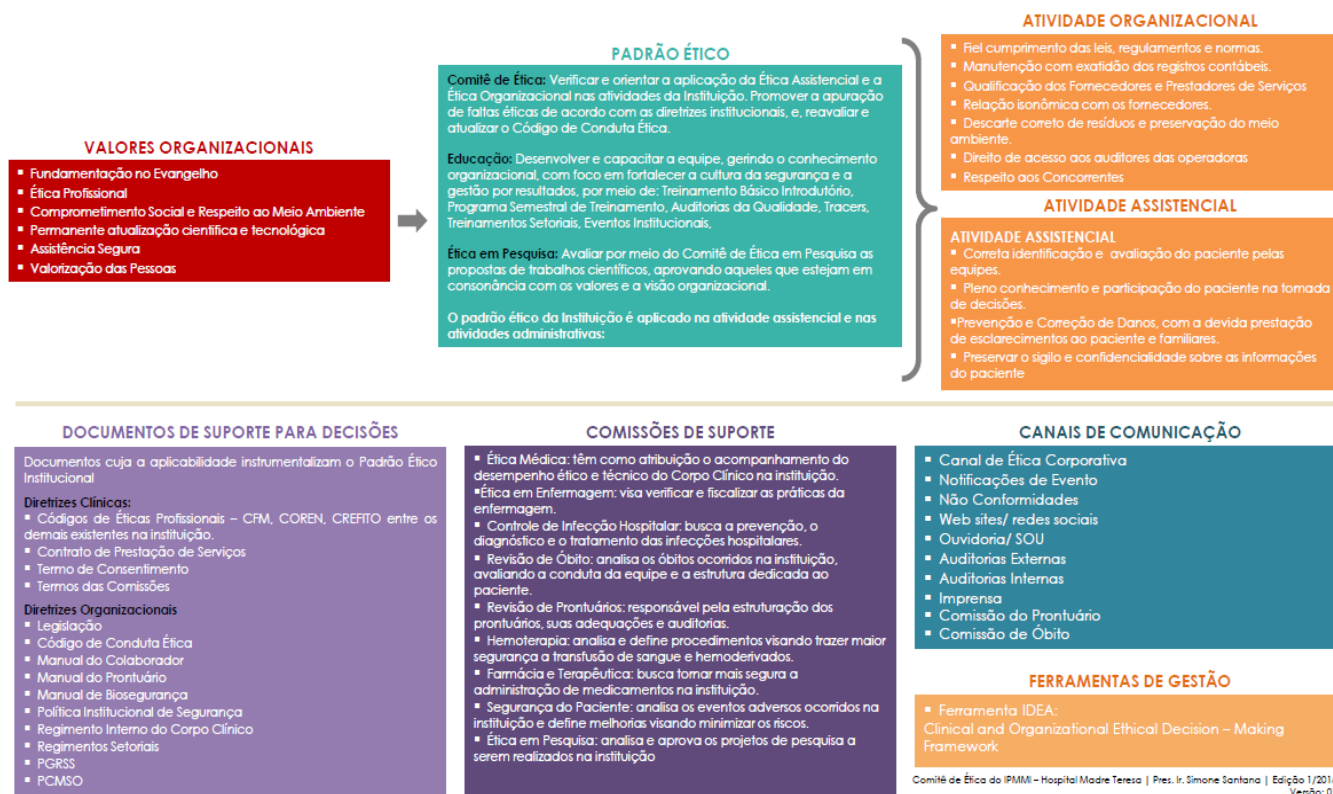
Prova Código de Conduta Ética	% Conformidade
XV – Do Ensino e Pesquisa	96%
XIV – Da relação com a Imprensa	95%
XVI- Do Sigilo e Confidencialidade	88%
XIII – Da Relação com a Tecnologia de Informação	88%
XII – Da Relação com o meio Ambiente	88%
III – Da Integridade Profissional e Pessoal	87%
VI – Da Relação com o Corpo Clínico	82%
XI – Da Saúde e Segurança no Trabalho	82%
X- Do Conflito de Interesses	82%
V- Da relação com as Operadoras de Plano de Assistência à Saúde	80%
IV – Da relação com os Pacientes	78%
XVIII – Da Gestão do Código de Conduta	76%
XIX – Do Reporte das Infrações ao Código de Conduta Ética	74%
IX – Da Política de Incentivos	74%
I – Do Cumprimento das Leis, Regulamentos e Normas	73%
II – Da Gestão Financeira, Contábil e Patrimonial	69%
VII – Da Relação entre Colaboradores	55%
VIII- Da Relação com os Fornecedores	54%
XVII – Das Infrações e Penalidades	50%
XIX – Do Reporte das Infrações ao Código de Conduta Ética	10%
764 Participantes Dezembro/2015	

Resultado 74%

## Anexo 4 – Quadro de Ética

# Quadro de Ética

## IPMMI – Hospital Madre Teresa



## Anexo 5 – Fluxo de Tratamento as Questões Éticas

INÍCIO

Comunicar infração e/ou dilema ético via e-mail: [falecomadiretora@hospitalmadreteresa.org.br](mailto:falecomadiretora@hospitalmadreteresa.org.br)  
Notificação de Eventos, Não Conformidades, Web Sites/Redes Sociais, Ouvidoria/SOU, Auditoria Externa, Auditoria Interna, Imprensa, Comissão de Óbito e Comissão do Prontuário.

Colocar a denúncia em pauta da reunião subsequente ou convocar uma reunião extraordinária para avaliação e análise

Utilizar a ferramenta IDEA: Clinical and Organizational Ethical Decision - *making framework* na análise de problemas éticos na instituição e tomada de decisão

Registrar todos os passos utilizados na tomada de decisão acerca de um problema ético enfrentado

Registrar em atas as decisões tomadas pela Comissão de Ética Corporativa

Informar ao IPMMI os eventos grau I, casos de corrupção e desvios financeiros.

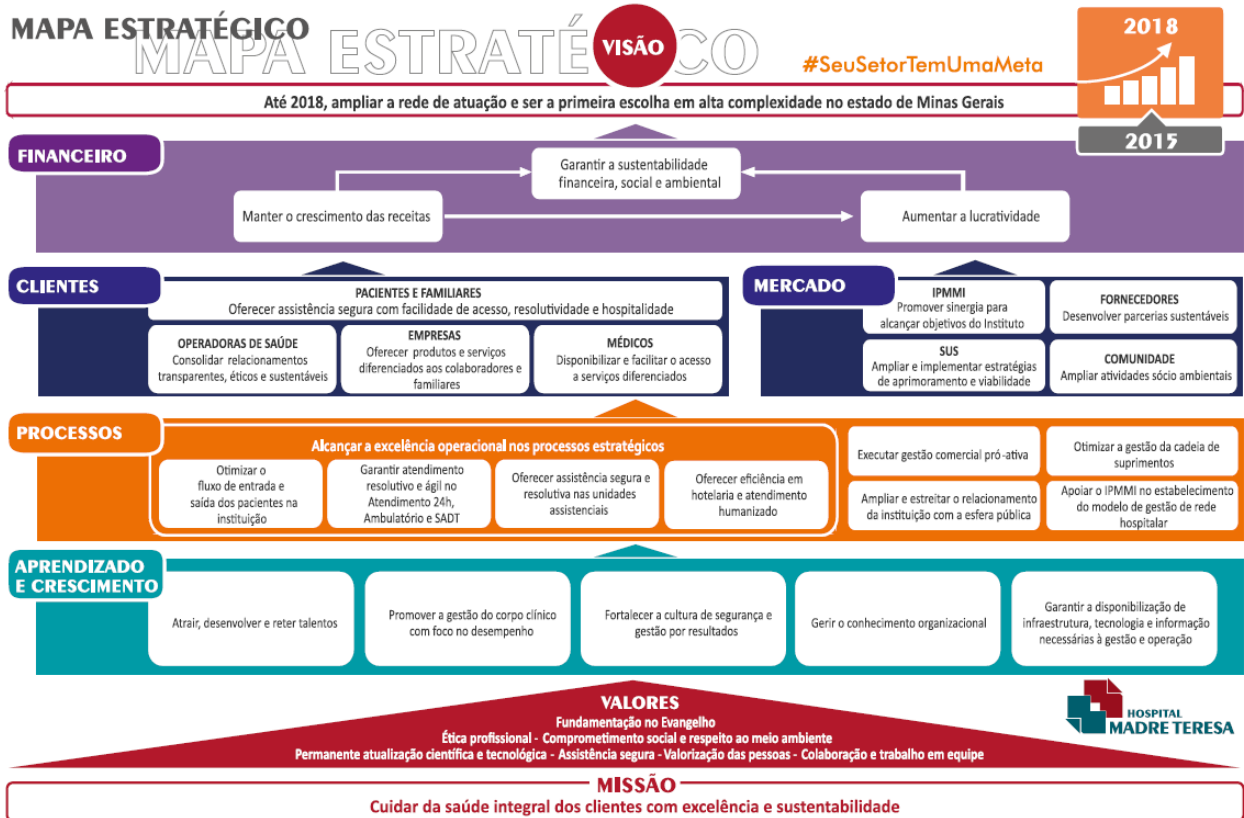
Dar *feedback* as partes envolvidas

FIM



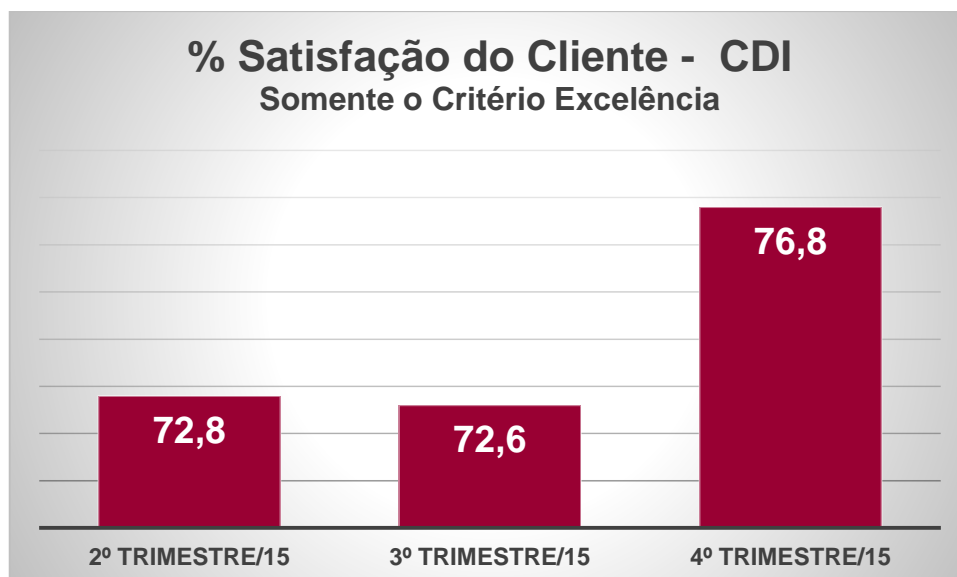
## Aspecto 2 – Planejamento Estratégico

### Anexo 6 – Minuta Planejamento Estratégico

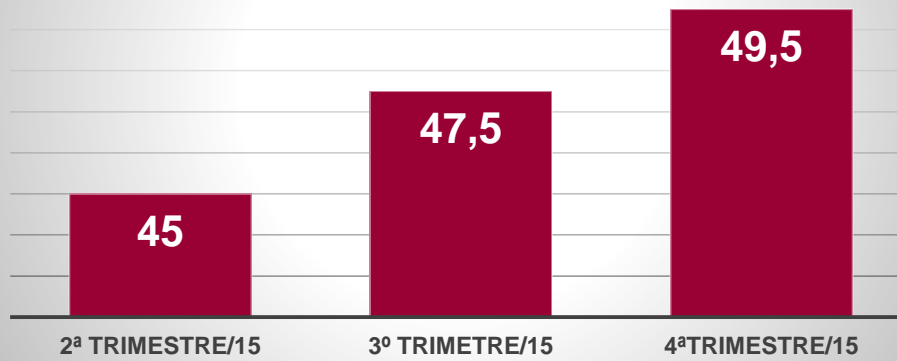


## Aspecto 3 – Foco no Cliente

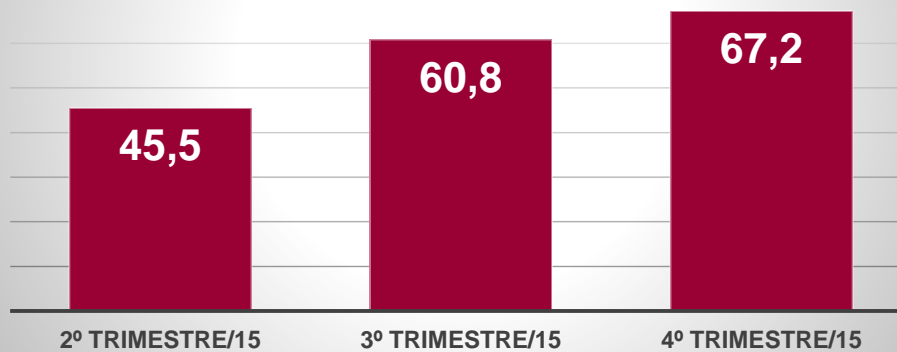
### Anexo 7 – Resultado da Pesquisa de Satisfação do Cliente – Critério Excelência



**% Satisfação do Cliente -  
Atendimento 24h**  
Somente o Critério Excelência



**% Satisfação do Cliente -  
Ambulatório**  
Somente Critério Excelência

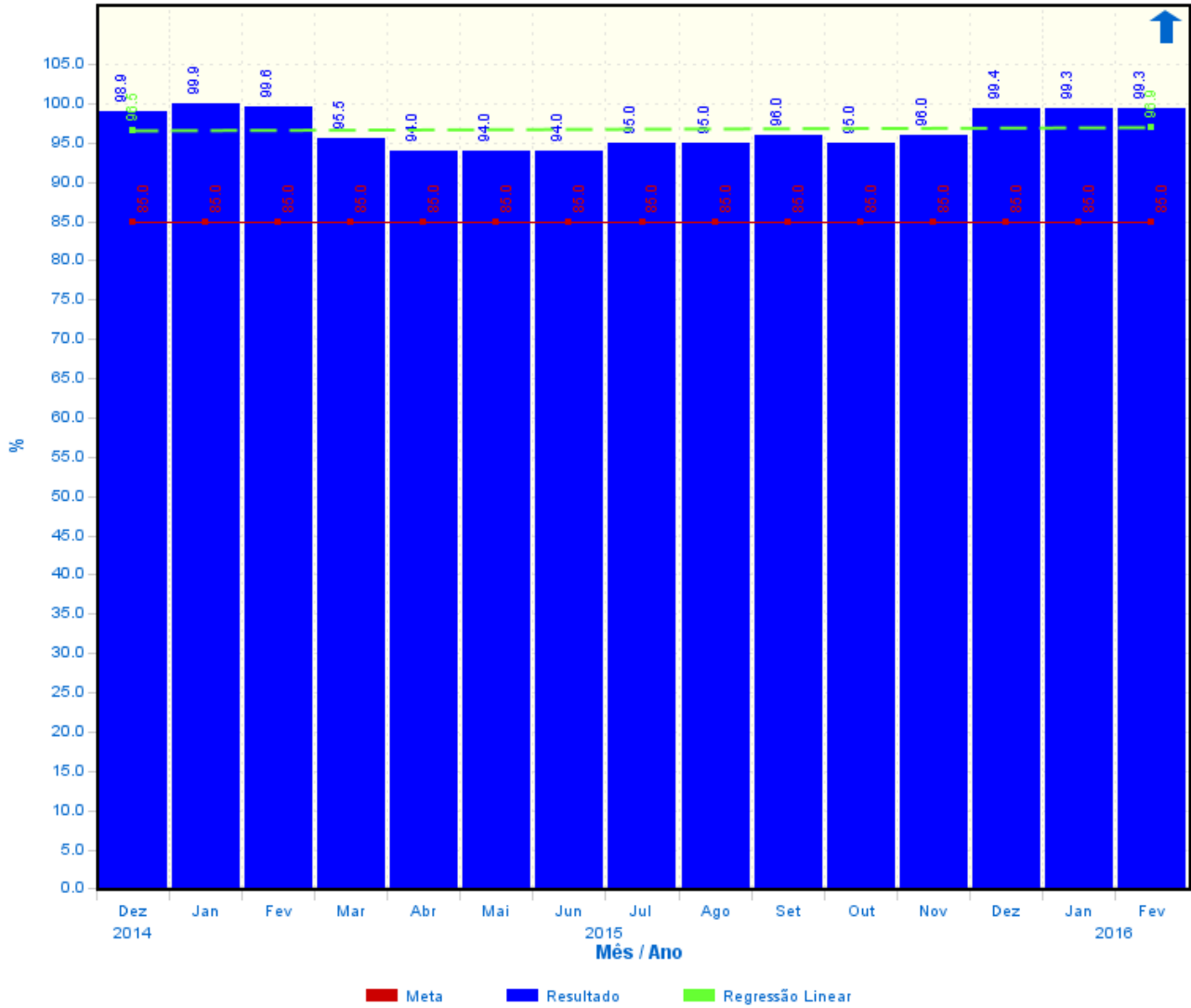


## Aspecto 6 – Relação com Fornecedores

### Anexo 8 – Resultado Avaliação e Qualificação de Fornecedores

#### SUPR - Média de Pontuação na Qualificação de Fornecedores


Responsável: ( Maxwell Figueiras de Oliveira )



## Aspecto 7 – Responsabilidade Social

### Anexo 9 – Política Ambiental

# POLÍTICA AMBIENTAL



A política ambiental do Hospital Madre Teresa tem por objetivo definir a conduta a ser adotada pela Instituição e seus colaboradores nos temas relacionados às questões socioambientais, associadas aos serviços de saúde e segurança do paciente, reforçando o compromisso da Instituição em garantir a melhoria contínua de seu desempenho ambiental com base nas seguintes práticas:

- cumprimento dos requisitos legais aplicáveis, bem como dos voluntariamente assumidos;
- prevenção da poluição;
- racionalização do consumo de água e energia;
- redução na geração e gerenciamento adequado dos resíduos sólidos;
- controle e monitoramento contínuo de efluentes líquidos não domésticos;
- conscientização de gestores, colaboradores e subcontratados para garantir o cumprimento dos princípios de gestão ambiental da Instituição.

## Aspecto 8 - Resultados

### Anexo 10 – Resultado PMQ – Prêmio Mineiro da Qualidade

Prêmio Mineiro da Qualidade 2014		Formulário 5V		
QUADRO-RESUMO DAS PONTUAÇÕES DE CONSENSO PÓS-VISITA				
Candidata: 1209				
Pontuação dos Itens de Avaliação		TotMáx (A)	Visita (B)	Pontos (AxB)
<b>1 Liderança</b>				
1.1 Governança Corporativa		20.0	90%*	18.0
	Enfoque		100%	
	Aplicação		80%	
	Aprendizado		100%	
	Integração		100%	
1.2 Exercício da Liderança e Promoção da Cultura da Excelência		20.0	90%*	18.0
	Enfoque		80%	
	Aplicação		80%	
	Aprendizado		100%	
	Integração		100%	
1.3 Análise do Desempenho da Organização		20.0	90%	18.0
	Enfoque		80%	
	Aplicação		100%	
	Aprendizado		100%	
	Integração		100%	
<b>Total</b>		<b>60.0</b>	<b>90.0%</b>	<b>54.0</b>
<b>2 Estratégias e Planos</b>				
2.1 Formulação das Estratégias		15.0	100%*	15.0
	Enfoque		100%	
	Aplicação		100%	
	Aprendizado		100%	
	Integração		100%	
2.2 Implementação das Estratégias		20.0	90%*	18.0
	Enfoque		80%	
	Aplicação		100%	
	Aprendizado		100%	
	Integração		100%	
<b>Total</b>		<b>35.0</b>	<b>94.3%</b>	<b>33.0</b>
<b>3 Clientes</b>				
3.1 Imagem e Conhecimento de Mercado		20.0	70%*	14.0
	Enfoque		80%	
	Aplicação		60%	
	Aprendizado		100%	
	Integração		100%	
3.2 Relacionamento com Clientes		15.0	100%*	15.0
	Enfoque		100%	
	Aplicação		100%	
	Aprendizado		100%	
	Integração		100%	
<b>Total</b>		<b>35.0</b>	<b>82.9%</b>	<b>29.0</b>
<b>4 Sociedade</b>				
4.1 Responsabilidade Socio-ambiental		15.0	90%*	13.5
	Enfoque		80%	
	Aplicação		80%	
	Aprendizado		100%	
	Integração		100%	
4.2 Desenvolvimento Social		15.0	100%	15.0
	Enfoque		100%	
	Aplicação		100%	
	Aprendizado		100%	
	Integração		100%	
<b>Total</b>		<b>30.0</b>	<b>95.0%</b>	<b>28.5</b>

\*: Pontuação alterada após visita

Continua...

## QUADRO-RESUMO DAS PONTUAÇÕES DE CONSENSO PÓS-VISITA

Candidata: 1209

Pontuação dos Itens de Avaliação	TotMáx (A)	Visita (B)	Pontos (AxB)
<b>5 Informações e Conhecimento</b>			
5.1 Informações da Organização	15.0	90%*	13.5
		100% 80% 100% 100%	
5.2 Ativos Intangíveis e Conhecimento Organizacional	15.0	70%*	10.5
		80% 60% 100% 100%	
<b>Total</b>	<b>30.0</b>	<b>80.0%</b>	<b>24.0</b>
<b>6 Pessoas</b>			
6.1 Sistemas de Trabalho	15.0	90%*	13.5
		80% 80% 100% 100%	
6.2 Capacitação e Desenvolvimento	15.0	50%*	7.5
		40% 40% 80% 100%	
6.3 Qualidade de Vida	15.0	90%	13.5
		80% 80% 100% 100%	
<b>Total</b>	<b>45.0</b>	<b>76.7%</b>	<b>34.5</b>
<b>7 Processos</b>			
7.1 Processos Principais do Negócio e Processos de Apoio	25.0	100%*	25.0
		100% 100% 100% 100%	
7.2 Processos relativos a fornecedores	15.0	70%*	10.5
		60% 80% 100% 100%	
7.3 Processos Econômico-Financeiros	20.0	100%*	20.0
		100% 100% 100% 100%	
<b>Total</b>	<b>60.0</b>	<b>92.5%</b>	<b>55.5</b>

\*: Pontuação alterada após visita

Continua...

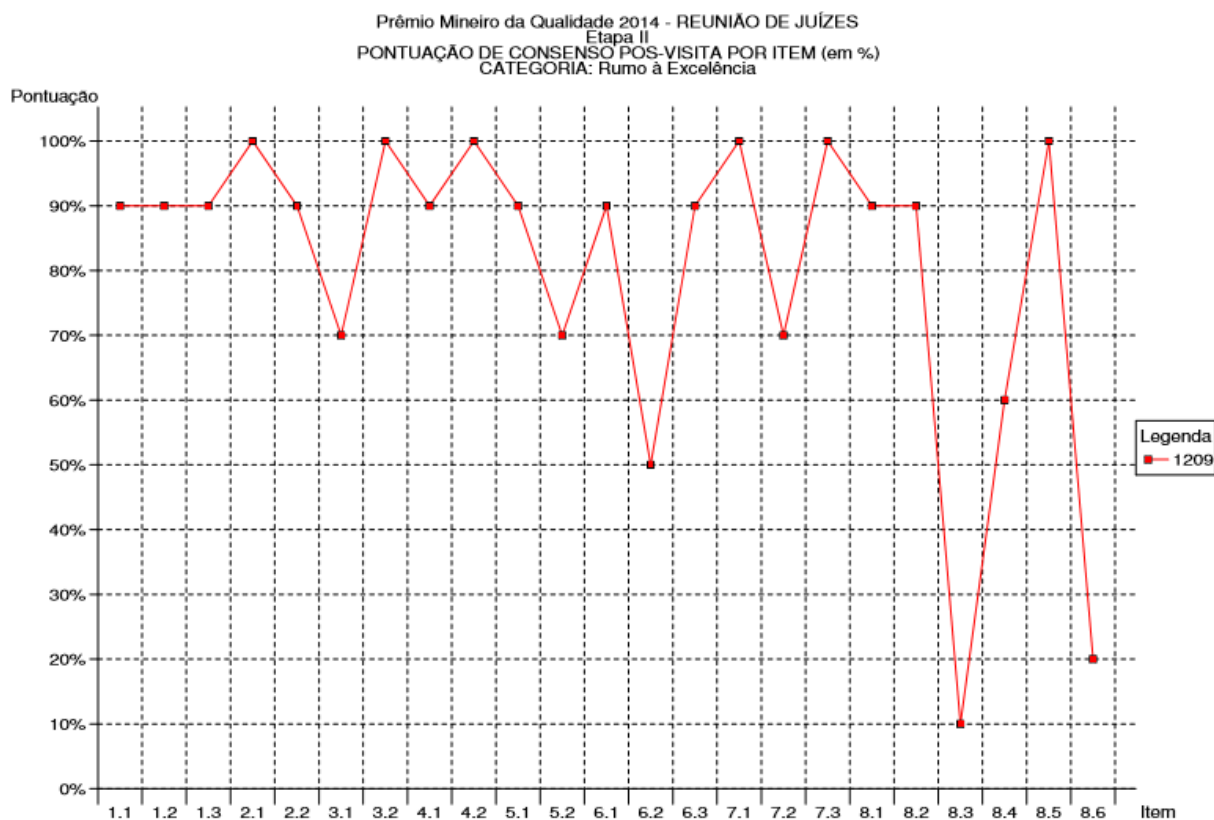
## QUADRO-RESUMO DAS PONTUAÇÕES DE CONSENSO PÓS-VISITA

Candidata: 1209

Pontuação dos Itens de Avaliação	TotMáx (A)	Visita (B)	Pontos (Ax B)
<b>8 Resultados</b>			
8.1 Resultados Econômico-Financeiros	45.0	90%	40.5
	Relevância	100%	
	Tendência	80%	
	Nível atual	100%	
8.2 Resultados Relativos aos Clientes e ao Mercado	45.0	90%*	40.5
	Relevância	100%	
	Tendência	100%	
	Nível atual	80%	
8.3 Resultados Relativos à Sociedade	20.0	10%*	2.0
	Relevância	80%	
	Tendência	80%	
	Nível atual	0%	
8.4 Resultados Relativos às Pessoas	35.0	60%*	21.0
	Relevância	100%	
	Tendência	80%	
	Nível atual	60%	
8.5 Resultados relativos a processos	45.0	100%	45.0
	Relevância	100%	
	Tendência	100%	
	Nível atual	100%	
8.6 Resultados Relativos aos Fornecedores	15.0	20%	3.0
	Relevância	80%	
	Tendência	20%	
	Nível atual	20%	
<b>Total</b>	<b>205.0</b>	<b>74.1%</b>	<b>152.0</b>

**Total Geral** 500.0 82.1% 410.5

\*: Pontuação alterada após visita



## Aspecto 9 – Conquista de Certificações, Acreditações e Prêmios

### Anexo 11 – Faixa Ouro PMQ – Premio Mineiro da Qualidade

#### Convite para a Cerimônia de Entrega do Prêmio



O GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
E O PRESIDENTE DO PROGRAMA MINEIRO  
DA QUALIDADE E PRODUTIVIDADE - PMQP,  
CONVIDAM PARA A CERIMÔNIA DE ENTREGA  
DO PRÊMIO MINEIRO DA QUALIDADE 2014.

04 NOVEMBRO 2014, ÀS 20H  
NO TEATRO SESIMINAS  
Rua Padre Marinho, 60 - Santa Efigênia - BH - MG

RSVP: (31) 3227-7465/7469 ou [pmq@aprileeventos.com.br](mailto:pmq@aprileeventos.com.br)  
Traje: Passeio Completo

 PRÊMIO  
MINEIRO DA  
QUALIDADE  
PMQ  

INSTITUTO QUALIDADE MINAS  
Av. Nossa Senhora do Carmo, 1.890  
6º andar - Sion | 30.320-000  
Belo Horizonte - MG

#### Diretoria do Hospital Madre Teresa Sendo Reconhecida na Faixa Ouro do Prêmio





**Equipe do Hospital Madre Teresa presentes na Cerimônia de entrega do Prêmio: Irmãs, Diretores, Gerentes, Coordenadores, Médicos, Colaboradores e Familiares.**

